Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 54 — 4 Juillet 1896 — 1 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
s et Départements. . . . . 7 fr.
nger. . . . . 10 fr.
abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION
ORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

DROCÈLE CONGÉNITALE, DIAGNOSTIC DES IFFÉRENTES VARIÉTÉS D'HYDROCÈLES, par . S. DUPLAY 317

S ÉLÉVATIONS DE TEMPÉRATURE CONSÉUTIVES AUX INJECTIONS ASEPTIQUES DE ANG DANS LE PÉRITOINE ET LA PLÈVRE, ar MM. DE ROUVILLE et DELEZENNE. 318

ANALYSES

atomie et Physiologie : L'action de la saignée ur l'hématopoïèse et sur les échanges organiques chez s chiens à jeun et à l'état normal, par M. VALERIO . . 319

decine expérimentale : Cathétérisme du duodéum, par J. C. HEMMETER 319

stétrique et Gynécologie : Glycosurie et grossesse, ar M. ROSSA 319

urologie et Psychiâtrie : Contribution à l'étude e la paralysie générale progressive des aliénés, par M. GREIDENBERG 319

phtalmologie : L'extrait de capsules surrénales dans es affections oculaires, par M. W.-H. BATES 319

inologie, Otologie, Laryngologie : Symptômes haryngiens et laryngiens dans les polynévrites puerpérale, M. FRITZ DANTZIGERS. 320

hérapeutique et Matière médicale : L'hydrothérapie dans la tuberculose pulmonaire, par M. CESAINI. 320

urisprudence médicale, par M. G. THOMAS. . 320

es injections massives de sérum artificiel dans les septicémies opératoires et puerpérales, par M. S. POZZI. CCLXVIII

SOCIÉTÉS SAVANTES

ociété de chirurgie : De la cholédocotomie, M. MONOD. MM. QUÉNU, MICHAUX, QUÉNU. — Description d'un nouveau bouton anastomotique et d'un instrument dit tire-bouton, destiné à l'extraire par la voie buccale, présentés par M. Hagopoff, M. CHAPUT. M. QUÉNU. — Greffes de Thiersch et greffes par la méthode italienne, M. RECLUS. MM. BERGER, RECLUS, MONOD. — Radiographies de fractures traitées par la suture, M. ROBERT. — De l'exploration systématique des trompes dans les laparotomies pour péritonite tuberculeuse, M. NÉLATON. MM. BERGER, ROUTIER, RICHELOT, QUÉNU, CHAMPIONNIÈRE, RICARD, WALTER. — Pied-bot valgus par contracture des péroniers latéraux. Allongement des tendons des péroniers, M. FAURE. CCLXX

Société médicale des hôpitaux : Sur la codéine comme adjuvant de la dilatation de la glotte dans le croup, M. VARIOT. — L'écouvillonnage du larynx dans le croup membraneux à l'aide du tube d'O'Dwyer modifié, MM. VARIOT et BAYEUX. — Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde, M. RENDU, M. WIDAL. — Nouveau cas de rash scarlatiniforme dans la varicelle. M. COMBY. CCLXXI

Société anatomique : Goître kystique hémato-folliculaire, M. MERMET. — Myxo-sarcome du sein, M. SCHMID. — Calcul de l'ampoule de Vater, M. BERNARD. — Kyste de l'intestin grêle, M. LETULLE. — Pneumothorax partiel antérieur et intérieur, MM. E. APPERT et MONSSEAUX. CCLXXII

Société médico-chirurgicale : Polype fibro-muqueux, avec dégénérescence kystique, du naso-pharynx. Arrachement. Guérison, M. L. MONNIER CCLXXIII

Sociétés étrangères : Russie, Italie CCLXXVIII

Répertoire thérapeutique. CCLXIV

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie. CCLXXIV

HOPITAUX

Concours des Hôpitaux (2e Chirurgie). — Ont obtenu :

Séance du 1er Juillet

MM.		MM.	
Glantenay	13	Mauclaire	12
Guillemain	14	Thiéry	19

Séance du 3 Juillet

MM.		MM.	
Chevalier	19	Morestin	17
Villemin	19	Souligoux	17

Concours des Hôpitaux (2e Médecine). — Ont obtenu :

Séance du 2 Juillet.

MM.		MM.	
Gallois	16	Lesage	19
Courtois-Suffit	17	Lenoir	18
De Gennes	19		

VARIÉTÉS

Mortalité par l'alcool. — L'Annuaire statistique de la Suisse pour 1894 établit que 467 personnes sont mortes par suite d'ivrognerie.

Sur 5,700 cas de mort qui, dans l'espace de dix ans, ont été relevés à l'institut pathologique de Munich, on en compte 244 qui sont dus à l'action spéciale de la bière sur le cœur. L'usage de la bière forte entraîne à sa suite une hypertrophie spéciale du cœur avec affaiblissement paralytique. La proportion des cas de mort a été de 6,6 pour 100 pour les hommes et de 1,5 pour 100 pour les femmes.

NOUVELLES

Société de Chirurgie. — *Ordre du jour de la séance du 8 Juillet 1896* : Suite de la discussion sur les greffes chirurgicales (MM. Kirmisson, Schwartz, Monod).

Rapport sur une observation de cholécystentérostomie par M. Delbet. Rapport par M. Broca.

Communication sur la résection du ganglion de Gasser par M. Poirier.

DES

INJECTIONS MASSIVES DE SÉRUM ARTIFICIEL

DANS LES SEPTICÉMIES OPÉRATOIRES ET PUERPÉRALES

Par M. S. POZZI[1]

Dans la séance du 14 Avril dernier, MM. Duret et Fourmeaux nous ont communiqué plusieurs observations intéressantes, où des accidents post-opératoires graves (hémorrhagie, septicémie) ont été conjurés par un moyen thérapeutique très simple et très pratique, l'injection sous-cutanée de sérum artificiel. L'attention du public médical avait récemment été sollicitée à ce sujet par une communication de M. Berlin (de Nice) à la Société de chirurgie, sur laquelle j'avais présenté un rapport à la fin de l'année dernière (18 Décembre 1895) et par l'importante discussion qui a suivi. MM. Duret et son interne paraissaient avoir ignoré ces travaux, car il n'y fut fait aucune allusion. Ils semblaient même croire à l'entière nouveauté de leur pratique, ainsi que le montre cette phrase par laquelle ils terminaient leur communication : « Nous publierons incessamment un travail sur cette méthode, qu'il est utile de soumettre au contrôle, *et dont il nous a paru charitable de faire*, DÈS MAINTENANT, bénéficier les malades. »

Je me suis aussitôt élevé, avec quelques-uns de mes collègues, contre cette illusion. Depuis, M. Duret est lui-même revenu de son erreur, ainsi que le prouve l'historique un peu sommaire qu'il a mis en tête de son travail en le faisant paraître ailleurs[2].

Avant de revenir sur cette question, je résumerai la communication du chirurgien de Lille :

« Depuis un an, dit-il, nous employons les injections sous-cutanées d'eau salée, à doses massives de 600 à 800 grammes, par un procédé très simple, qui nous a donné des résultats très remarquables dans des cas désespérés, les malades semblant voués à une mort prompte. Nous comptons 10 succès sur 12 tentatives. Il s'agissait 4 fois de *septicémies aiguës post-opératoires*, consécutives à de graves opérations abdominales; 4 fois de *septicémies puerpérales* très graves; une fois de *choc traumatique* après désarticulation de la hanche; une fois de *collapsus hémorrhagique* très prononcé. Nous n'avons échoué que dans un cancer abdominal inopérable, et dans un collapsus hémorrhagique, chez une femme profondément anémiée antérieurement.

M. Duret insiste ensuite sur la simplicité de la

1. Rapport sur un travail de MM. Duret et Fourmeaux (de Lille) fait à l'Académie de médecine, le 30 Juin 1896.
2. DURET. — *Semaine gynécologique*, 28 Avril et 9 Mai 1896.

INSTITUT BACTÉRIOLOGIQUE DE LA
SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE
Anct GILLIARD, P. MONNET & CARTIER, Lyon
SEULE CONCESSIONNAIRE
DES BREVETS ET DES PROCÉDÉS TRILLAT
POUR LA DÉSINFECTION A DOMICILE
PAR L'ALDÉHYDE FORMIQUE ET LE FORMOCHLOROL
Pour licences en France et à l'Étranger
S'adresser à l'administration, 8, quai de Retz, Lyon
POUR LA DÉSINFECTION A PARIS ET LA RÉGION
A LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION A DOMICILE
Direction et Bureaux : 21, rue Godot-de-Mauroi, Paris.

VICHY-CÉLESTINS
POUGUES St-LÉGER Souverain antidote des maladies de l'estomac.
HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*
LA RÉVEILLE Véritable eau de régime des faibles et des convalescents.
SPARADRAPS ANTISEPTIQUES DEBUCHY
HAMAMELIDINE LOGEAIS

Phospho-Glyco-
Glycérophosphate de fer et Manganèse
FER CHEYNET
Glycérophosphate de chaux Freyssinge

méthode, et sa supériorité sur la voie veineuse « *qu'on a utilisée jusqu'ici.* » — « On redoute, continue-t-il, d'ouvrir à plusieurs reprises une veine pour répéter les injections; les malades et l'entourage l'acceptent difficilement. Rien de tout cela, quand on se sert de la voie sous-cutanée. Nous pouvons faire pénétrer, en dix à douze minutes, 600 à 800 grammes de sérum, et réitérer trois ou quatre fois par jour (M. Duret est allé jusqu'à 1,200 et 1,600 gr. en une fois, et jusqu'à 5 litres en trois jours, et 10 litres en cinq jours). L'absorption du liquide est très rapide; localement, il se forme une bosse sous-cutanée, une boule d'œdème, qui disparaît en une heure ou deux, sans réaction inflammatoire. Il survient, après les injections, des sueurs profuses, une diurèse abondante; tous les émonctoires fonctionnent, le pouls se relève, les respirations deviennent profondes et la chaleur du corps et des extrémités réapparaît. »

Ce tableau est peut-être un peu exagéré, mais, ce qui est certain, c'est que, dans les cas heureux, on voit le pouls se relever, dénotant une augmentation de la tension artérielle, et que la sécrétion urinaire est augmentée dans de notables proportions chez les malades dont le rein n'est pas altéré.

Cette condition dernière est capitale : la dégénérescence du rein antérieurement constatée (néphrite parenchymateuse, interstitielle, suppurée, altération amyloïde), ne laisse que peu de prise à l'action des injections de sérum artificiel.

Mais il faut se garder de confondre l'altération du rein et la diminution de ses fonctions, et croire l'injection de sérum contre-indiquée, parce qu'il y a oligurie ou anurie. Tout au contraire, c'est dans ces cas-là qu'elles sont le plus utiles.

Il y a trois points principaux dans la communication de M. Duret. Le premier est la technique qu'il estime à tort nouvelle, pour l'injection du sérum artificiel. Le second, l'indication de cette injection dans les cas d'hémorrhagies graves. Le troisième, enfin, son indication dans les toxémies. Qu'il me soit permis d'insister d'abord quelque peu sur les deux premiers points, quoiqu'ils ne présentent rien d'absolument neuf.

La méthode des injections sous-cutanées de sérum artificiel, ou, pour mieux dire, d'eau salée, substituée à l'injection intra-veineuse dans les hémorrhagies, est déjà ancienne.

La première idée d'injecter dans le système vasculaire du liquide autre que du sang, après les hémorrhagies, a eu diverses origines. D'abord, la difficulté de se procurer facilement et sans délai des quantités suffisantes de sang; ensuite, les accidents d'embolie, dus à la coagulation du sang injecté. Enfin, une notion plus exacte des causes de la mort dans l'anémie aiguë : elle est due surtout à la diminution extrême de la pression intra-vasculaire et de la quantité de liquide sur lequel peut agir le cœur; le malade meurt, en réalité, parce qu'il ne peut utiliser le sang qui existe dans ses vaisseaux, plutôt qu'il ne meurt de la perte de sang elle-même [1].

En conséquence, on s'est convaincu, expérimentalement et cliniquement, qu'il suffisait de remplacer le sang perdu par une quantité suffisante de liquide pour permettre le retour des conditions mécaniques de la circulation. Ce liquide ne pouvait être simplement de l'eau, dont le pouvoir osmotique est trop différent de celui du sang, pour ne pas provoquer de rapides altérations des globules rouges et blancs.

On a donc recherché, empiriquement, une solution inoffensive qui se rapprochât, par sa densité et ses autres qualités physiques, de la partie liquide ou sérum du sang. On s'est depuis longtemps arrêté pour cela à l'eau salée, dans des proportions qui ont varié entre 6 et 10 pour 1000. Ce dernier chiffre paraît devoir être préféré (Chazan, Malassez). M. Hayem y a ajouté du sulfate de soude dans la proportion de 10 p. 1000, réduisant à 5 pour 1000 la dose de chlorure de sodium. Il trouve que ce liquide a l'avantage de moins altérer les globules rouges. Mais on peut se demander si le sulfate de soude, qui n'entre qu'en proportion infinitésimale dans la composition normale du sang, est aussi inoffensif à doses massives que le chlorure de sodium qui y entre pour 3 à 4 pour 1000. La conservation des globules *in vitro*, par le sulfate de soude est incontestable; mais elle peut fort bien n'être qu'un phénomène d'ordre chimique, qui n'implique pas le maintien de la vitalité.

***

Ici, doit être faite une distinction capitale, pour éviter la confusion que pourrait faire naître une homonymie défectueuse. On a appelé *sérum artificiel*, non seulement un liquide se rapprochant assez sensiblement du sérum naturel (comme la solution saline à 6 ou 10 pour 1000), mais aussi les solutions beaucoup plus concentrées et même contenant des principes étrangers au sang. Ce sont là des *médicaments* introduits par voie sous-cutanée, qu'on ne peut employer qu'à petite dose sous peine de provoquer du sphacèle, et dont l'action ne peut être comparée à celle des solutions inoffensives à doses massives. Je ne nie pas que ces solutions salines concentrées ne puissent avoir une action tonique et dynamogénique sur l'organisme, à l'instar des injections hypodermiques d'éther ou de caféine. J'en ai moi-même retiré quelque bénéfice. Mais le mécanisme est différent, et le mot seul de *sérum* peut faire confondre cette méthode avec celle de la transfusion d'eau salée faible à dose massive, destinée à rétablir mécaniquement la pression intra-vasculaire par une adjonction abondante de liquide.

Ces *sérum concentrés*, si l'on peut ainsi dire, ne sont pas nouveaux; ils ont anciennement été prônés par Rosenbuch [1], qui se servait d'une solution de sel marin, à 60 pour 1000, à la dose de 5 à 20 grammes. Récemment, M. Chéron a employé d'une manière analogue, c'est-à-dire à petites doses, des injections hypodermiques du liquide suivant : Eau, 100 gr.; sulfate de soude, 8; phosphate de soude, chlorure de sodium, 2; acide phénique, 1. Je le répète, cette question est toute différente de celle que je traite devant vous, et je n'en ai parlé que pour l'écarter du débat.

On a considérablement abusé de la dénomination séduisante de *sérum artificiel*. Il faut remarquer que ce mot pourrait induire en erreur et n'a qu'une valeur conventionnelle. Il vaudrait mieux dire, *pseudo-sérum* ou *solution saline*. En réalité, ce n'est pas du tout un liquide semblable, mais analogue au sérum du sang que l'on injecte. La complexité du *sérum naturel* est extrême [2]; encore celui-ci ne représente-t-il qu'une partie de la portion liquide du sang, ou plasma, dépourvue de la *fibrine* par le dédoublement de la *plasmine*. Le *sérum naturel*, tel qu'il se sépare du caillot sanguin, est donc déjà, on peut le dire, un produit artificiel et cadavérique. Il contient un nombre considérable de produits divers, les uns coagulables, comme la sérine et la métalbumine (provenant du dédoublement de la plasmine qui a formé la fibrine du caillot) les autres solubles, cristallisables ou non, en quantités très variables.

Parmi les sels, un seul, on le sait, est en proportion très notable. C'est le chlorure de sodium, dont on trouve de 3 à 5 grammes par 1000 de plasma et par conséquent, un peu moins par 1000 de sérum. Vient ensuite le chlorure de potassium, dont on n'extrait que 2 à 5 décigrammes, et le sulfate de potasse dont il n'y a que 1 à 3 décigrammes, etc. Ch. Robin n'a pas compté moins de 16 substances salines d'origine minérale, 19 principes salins d'origine animale, sans compter les principes analogues aux alcools, les principes graisseux et savonneux, etc.

On ne peut donc songer à constituer un sérum artificiel reproduisant la composition complexe du sérum naturel. Il y aurait des difficultés pratiques insurmontables. Du reste cette considération capitale s'y oppose. Le sérum naturel injecté à des animaux produit des effets toxiques [3]. Cette particularité en apparence paradoxale s'explique bien par cette considération que le *sérum* est un produit de décomposition, et que le *plasma* seul est un liquide physiologique.

Par contre, il semble résulter des recherches expérimentales de Ott [4], que l'injection (intra-veineuse) de solution à 7 pour 1000 de chlorure de sodium, ait une action supérieure à celle de la transfusion sanguine elle-même chez les chiens anémiés par la saignée. Cela semble démontrer qu'en injectant la solution salée, on rétablit à la fois la tension sanguine et on excite les organes hématopoiétiques qui refont du sang rapidement.

***

Quelle est la voie par laquelle le liquide artificiel doit-être introduit dans le système vasculaire?

L'injection intra-veineuse paraît *à priori* la plus rationnelle, et l'on a, en effet, utilisé fort souvent les veines superficielles du bras et de la jambe dans les premiers essais faits par Schwartz (de Hal) en 1881. Mais il faut remarquer que, dans les cas où le malade est très affaibli, ces vaisseaux sont vides et difficilement accessibles. Cette considération a poussé quelques opérateurs à préconiser l'injection dans une artère qu'on trouve plus aisément qui est toujours béante (Bischoff, Roux) [1]. Mais si dans le bout périphérique, elle a l'inconvénient de ne permettre qu'une très lente introduction du liquide, et elle a produit des accidents de gangrène (Kümmel [2]). On doit y renoncer. Quand à l'injection dans le bout central, à l'encontre du cours du sang, elle paraît *à priori* réprouvée par la physiologie. Elle a pourtant donné de beaux succès (Howard A. Kelly [3]). Peut-être pourrait-on y avoir recours très exceptionnellement dans les cas désespérés si l'on ne trouve pas la veine, car c'est une manière puissante de réveiller ou d'exciter rapidement les contractions du cœur.

Je ne ferai que mentionner les injections intra-péritonéales (Ponfick 1879). Le liquide est rapidement résorbé, mais l'opération n'est pas dépourvue de dangers; elle expose à la blessure de l'intestin. Elle n'est en somme qu'une expérience de laboratoire, quoique ayant été appliquée à l'homme (Rutgers [4]).

Il existe par contre une manière simple et pratique d'injecter rapidement par l'intermédiaire des capillaires, une grande quantité de liquide. C'est l'injection hypodermique dans le tissu cellulaire. Les expériences déjà anciennes de Feilchenfeld [5] ont prouvé que l'absorption est d'autant plus rapide que la tension artérielle est plus basse. Il suffit d'une faible pression, et l'opération se réduit à une simple piqûre avec un fin trocart auquel on adapte soit une seringue, soit un tube de caoutchouc d'un mètre environ muni d'un entonnoir. Les instruments auront d'abord été soigneusement stérilisés.

C'est donc là la technique qu'il convient de suivre dans l'immense majorité des cas. Les injections de 250 à 300 grammes à la fois dans le tissu cellulaire de la région sous-claviculaire, thoracique, abdominale, fessière, crurale externe, seront répétées de manière à faire absorber parfois jusqu'à 2 et 3 litres dans les vingt-quatre heures. Je n'injecte jamais plus de 1000 grammes à l'heure. Au bout d'un quart d'heure, on observe en général les premiers effets, mais il faut environ deux et trois heures pour qu'ils se manifestent toute leur action. On devra donc dans les cas particulièrement graves, où la mort est imminente, ne pas hésiter à commencer par une injection intra-veineuse (de 500 à 1000 grammes) qui sera à continuer ensuite par les injections sous-cutanées. Le liquide devra être aseptique, filtré, et porté au bain-marie à une température d'environ 40 degrés.

Cette méthode est employée méthodiquement et sur une large échelle, à la Maternité du professeur Léopold, de Dresde, depuis 1889 [6], et n'a pas tardé à se répandre en Allemagne d'abord, puis à l'étranger. Chazan [7] en Russie et l'auteur de ce rapport en France [8] paraissent être les premiers à avoir suivi cet exemple. Depuis lors, la pratique des injections d'eau salée contre les hémorrhagies graves, soit post-opératoires, soit post-puerpérales, s'est tellement généralisée que je ne puis songer à citer ici de nouveaux noms. On n'a pas seulement invoqué, en faveur de cette méthode, la facilité plus

1. Voir les travaux faits à l'Institut physiologique de Leipzig, par Goltz, Worm-Muller, v. Lesser et Cohnheim (Virchow's Archiv. Bd. XXI, XXIX. *Berichte der Sachsischen Akademie der Wissenschaften*, 1874. *Archiv.* von Reichert und Dubois-Reymond, 1878.)

2. A. Hayem. — « Le traitement du choléra » *Revue scientifique*, 19 Juillet 1884. — Traitement du choléra, Paris 1885, p. 69.

1. Rosenbuch. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1887, nº 3.

2. Ch. Robin. — « Leçons sur les humeurs », Paris 1867, p. 76 et suiv.

3. H. Roger. — « La toxicité du sérum ». *Presse médicale*, nº 27, 8 juin 1895, p. 209.

4. Ott (de Saint-Pétersbourg). — *Arch. f. path. Anat. und. Physiol. v. Virchow*, 1883, Bd. XCIII.

1. Bischoff (de Bâle), cité par René Simon. *Thèse de Paris*, nº 300, 1896, p. 14. — Roux (de Lausanne) *Revue méd. de la Suisse romande* Genève, 1884. IV, p. 221-24.

2. Kummel in Munchmeyer. — Ueber den Werth der subkutanen Kochsalzinfusion zur Behandlung schwerer Anämie (*Archiv. f. Gynæk*, 1889, Bd. XXXIV, p. 384).

Howard. A. Kelly. — (*American journal of Obstetrics* Vol. XXX, nº 2, 1894).

4. Rutgers. — (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1886, nº 24).

5. Feichenfeld. — *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, 1887. T. I.

6. Munchmeyer. — *Loco citato*.

7. Chazan (de Grodno). — « Darf die subcutane Kochsalzinfution bei schwerer Anämie in Folge innerer Blutung angewendet werden? » (*Centr. f. Gyn.* 1889, nº 33 p. 581).

8. S. Pozzi. — *Traité de gynécologie clinique et opératoire* 1re édition, Paris 1890, p. 331.

nde de la technique. Elle a encore l'avantage ne pas amener une hydrémie subite qui pré- te, entre autres inconvénients, celui dans les cas émorrhagie interne, où l'on n'a pu faire de liga- r, d'en favoriser le renouvellement en s'opposant formation de caillots [1].

ai eu moi-même, depuis plusieurs années, l'occa- d'employer systématiquement, dans mon ser- d'hôpital, ces injections hypodermiques d'eau e dans un nombre considérable de cas, et j'ai la litude que j'ai ainsi sauvé un grand nombre pérées. Cette petite opération est tellement elle dans mon service, qu'il y a toujours des ons d'eau salée (à 10 pour 1000) stérilisée, prépa- d'avance, et la surveillante est autorisée à en e usage en cas de besoin. L'instrumentation est des s simples : je me sers d'une seringue à injections odermiques d'une contenance de 20 grammes. canule, fine comme celle de la seringue de Pra- mais un peu plus longue, est enfoncée oblique- nt sous la peau, dans le tissu cellulaire, à la ré- n sous-claviculaire, au niveau de l'abdomen ou la face externe de la cuisse. On injecte en une 200 à 250 grammes de liquide, en ayant soin de ser la canule enfoncée sous la peau pendant on recharge la seringue, mais de l'enfoncer plus moins et dans différentes directions, de manière tendre la zone où se fait l'injection. L'absorption la boule d'œdème artificiel ainsi provoquée se rapidement. On y aide par quelques malaxations. n'observe jamais d'abcès quand on procède ptiquement. J'ai vu survenir une fois pourtant des idents graves de sphacèle de la peau de la cuisse. is je crois qu'il faut les attribuer à la composition liquide injecté d'urgence par un de mes internes lose de 200 grammes. Il avait employé, non de la ution salée faible, mais du sérum artificiel concen- contenant du sulfate de soude, du phosphate de ude et de l'acide phénique, selon une formule nue. Cela fut assurément une erreur, car une eille solution ne doit être injectée qu'à petites ses et comme tonique plutôt que comme agent de nsfusion séreuse.

* * *

La question de l'injection de sérum artificiel ou *eudo-sérum* dans les cas de septicémie est plus uvelle que celle de l'injection d'eau salée dans les morrhagies. Sahli, de Bérne [2], paraît en avoir eu première idée dans le but de provoquer l'élimina- n des toxines chez les urémiques et les typhiques. pourrait également rattacher à cette indication méthode de M. Hayem contre le choléra, bien qu'il mbattit plutôt alors, théoriquement, la déshydrata- n du sang. Mais il n'est pas douteux qu'en fait il issait surtout contre la toxémie. On pourrait citer nombreux accoucheurs (Porak, Coen, etc. [3]) qui t pratiqué des injections d'eau salée dans l'éclamp- e de la fièvre puerpérale. Les chirurgiens ont éga- ment dans ces dernières années employé cette éthode contre les septicémies péritonéales post- pératoires. A la fin de 1895, M. Berlin, de Nice, présenté à la Société de chirurgie une observa- on importante, sur laquelle j'ai fait un rapport qui provoqué de la part de nombreux chirurgiens des ôpitaux de Paris, la publication de faits similaires e leur pratique (Segond, Monod, Th. Anger, Peyrot, chwartz [4], Lejars [5], Michaux [6], Delbet [7], Tuffier [8], Jayle [9]). Plusieurs de ces auteurs ont donné à leurs observations le titre de *lavage du sang*, les rattachant ainsi aux belles expériences de laboratoire faites par Dastre et Loye [1]. A vrai dire, ce rapprochement est forcé. Il n'y a ici aucune comparaison à établir avec les expériences faites sur les animaux par les éminents physiologistes. La quantité de liquide injectée, la technique suivie qui transformaient les animaux en véritables filtres, dans certaines conditions exactement déterminées de vitesse et de pression de l'injection intraveineuse, voilà seulement ce qui constituait l'expérience délicate du lavage du sang de Dastre et Loye. Le relèvement de la tension artérielle et des forces, puis l'élimination des toxines, grâce à la diurèse que provoque l'injection plus ou moins abondante et intermittente d'eau salée, a pour point de départ des notions toutes différentes, et s'accomplit dans des conditions de technique qui ne sauraient permettre de la confondre, sans un abus de langage, avec l'expérience précitée.

Il en résulte qu'on ne saurait invoquer contre la méthode thérapeutique les résultats négatifs obtenus dans le laboratoire par le *lavage du sang* [2]. Qu'on n'oublie pas, du reste, combien celui-ci est délicat et périlleux, puisqu'il n'y a pas seulement à considérer, chez le lapin en expérience, la *dose toxique*, mais encore la *vitesse toxique*, grâce à laquelle on fait pénétrer dans ses veines au-delà des deux tiers de son poids.

Du reste, l'expérimentation elle-même semble avoir donné récemment des encouragements sérieux chez des lapins empoisonnés par la strychnine, et soumis non plus, au lavage du sang proprement dit, mais à des injections intermittentes se rapprochant de celles qu'on fait en clinique [3]. On y a bien démontré l'importance capitale d'une intervention hâtive, qui seule a donné des succès.

* * *

Au point de vue pratique, il demeure établi, par un nombre considérable de faits, que le chirurgien (et peut-être le médecin), ont désormais, dans l'emploi des injections salines à haute dose, un puissant moyen de combattre diverses infections. Assurément, ce serait s'exposer à des mécomptes que de se laisser aller à de trop grandes espérances; mais il suffit de quelques succès bien démontrés (et on en a publié d'incontestables) pour engager à y avoir recours. — On ne négligera pas tous les autres moyens thérapeutiques.

Quel est le mode d'action des injections salines dans les cas de ce genre ? Il est sans doute complexe. D'abord, en relevant la pression intra-vasculaire, elles augmentent la force de résistance du malade et lui permettent de continuer la lutte. Les organes hématopoiétiques peuvent ainsi fabriquer de nouveaux globules pour la phagocytose. Le rein, dont la sécrétion est augmentée, provoque l'élimination des toxines.

Quant à la technique des injections salines contre la septicémie, elle ne diffère pas de celle dont j'ai parlé pour les hémorrhagies. Ici encore, le meilleur liquide me paraît être la solution de chlorure de sodium à 10 pour 1.000, employée aux mêmes doses par la voie intra-veineuse dans les cas d'extrême urgence, par la voie hypodermique à doses répétées dans les cas ordinaires. On peut injecter ainsi jusqu'à 2 et 3 litres en vingt-quatre heures. Mais je crois qu'il ne faut pas dépasser ces limites et qu'il y a eu, à ce point de vue, de véritables excès.

1. U. Wiercinzky (de Saint-Pétersbourg). — « Beitrag ur Frage der Anwendung von Kochsalz infusion bei chwerer acuter Anämie in Folgeinnerer Blutung. » *Centr. Gynak.* 1889, n° 41, p. 717.
2. Sahli. — *Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte*, 1er Sept., 890, p. 545.
3. Porak in Bernheim. — « Traitement de l'éclampsie uerpérale par les injections sous-cutanées d'eau salée. » *Thèse*, Paris, 1893). — G. Coen. « La cura dell' eclamp- ia puerpurale mercè le insezioni endovenose di acqua alata. » Livourne, 1896.
4. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir., de Paris*, 1895, . XXI, p. 798 et suiv.
5. Lejars. — « Les injections intra-veineuses de sérum rtificiel à doses massives dans les infections ». *Presse médicale*, n° 1, 1er Janvier 1896, p. 1.
6. Michaux. — « Des injections intra-veineuses de sé- um artificiel et du traitement de la septicémie périto- néale post-opératoire. » *Presse médicale*, n° 4, 11 Jan- vier 1896, p. xviii.
7. Delbet. — « De l'hématocatharsise ». *Presse médi- cale*, n° 15, 22 Février 1896, p. 93.
8. Tuffier. — « Le lavage du sang dans les infections chirurgicales ». *Soc. biol.*, 16 Mai 1896. *Presse médicale*, n° 41, 20 Mai 1896, p. ccvi.
9. Jayle. — « La septicémie péritonéale post-opératoire. » Paris, 1895, p. 94, et « Injections intra-veineuses de sé- rum artificiel ». *Presse médicale*, n° 2, 4 Janvier, 1896, p. 6.

1. Dastre et Loye. — Le lavage du sang (*Arch., de physiologie*, 1888, p. 93, et 1889, p. 253).
2. Dastre et Loye. — « Du lavage du sang dans les maladies infectieuses. » (*Semaine médicale*, 1889, p. 117).
3. Chassevant. *Comptes rendus hebd. de la Soc. de biologie*, 1896, p. 499.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

1er Juillet 1896.

De la cholédochotomie. — **M. Monod.** Aux faits de cholédochotomie que j'ai déjà rapportés (V. *Presse méd.*, n° 42, 23 mars 1896, p. ccviii), je veux en ajouter un autre récent, qui prouve qu'il ne faut pas dire que la laparotomie exploratrice peut être faite sans danger. Il s'agit d'un malade, chez lequel M. Hanot diagnostiqua une obstruction du cholédoque, probablement par calcul. Je fis la laparotomie, et ne trouvai pas de calcul dans le cholédoque; pensant qu'il s'agissait d'une obstruction du canal, vers sa terminaison, j'abouchai la vésicule à l'estomac, au moyen du bouton de Murphy.

Mon malade succomba presque subitement le surlendemain. L'autopsie, faite par M. Hanot, permit de constater l'absence de péritonite, d'une part, et l'existence d'un cancer du pancréas, d'autre part.

Ce fait prouve, une fois de plus, la difficulté du diagnostic et, en même temps, la gravité, dans certains cas, d'une opération simplement exploratrice. Ne faudrait-il pas se contenter d'établir une fistule biliaire simple?

M. Quénu. J'ai soutenu la bénignité d'une laparotomie exploratrice simple; l'observation de M. Monod ne vient pas à l'encontre de mes idées, car il s'agit d'une laparatomie exploratrice, suivie d'une opération longue et délicate.

M. Michaux. La discussion du rapport que j'ai fait, à propos d'une observation intéressante de cholédochotomie de M. Lejars, a suscité la publication d'un nombre considérable de cas. Nous sommes tous d'accord sur la difficulté du diagnostic et l'utilité du traitement chirurgical. Parmi les points de technique, il en est un sur lequel nous sommes divisés : l'incision de la paroi doit-elle être médiane ou latérale? MM. Quénu et Lejars préfèrent l'incision médiane, parce qu'elle ne s'accompagne pas d'hémorrhagie, et qu'elle permet de mieux explorer le cholédoque. Je préfère, au contraire, la voie latérale, qui ne me paraît pas devoir s'accompagner davantage d'hémorrhagie (je n'en ai jamais eu) et qui facilite l'exploration de l'*ensemble des voies biliaires*. D'ailleurs, même avec cette incision latérale, pourvu qu'elle soit assez large, on peut facilement explorer le cholédoque, ainsi que j'ai eu l'occasion de le faire et de le montrer à mon aide, il y a quelques jours.

M. Quénu. Je n'ai pas l'intention de convaincre M. Michaux. Il me semble, cependant, que l'incision médiane est incontestablement plus facile que la latérale. Il est également certain que la laparotomie médiane est l'opération de choix pour l'exploration du cholédoque.

M. Michaud nous dit que l'incision latérale lui permet de voir l'ensemble des voies biliaires, et de mieux poser le diagnostic. Je répondrai qu'avant l'ouverture du ventre, on est déjà fixé sur l'intégrité ou non du cholédoque. On peut savoir s'il s'agit des voies biliaires secondaires ou des voies principales; et, si l'on pense à une obstruction des voies principales, c'est-à-dire du cholédoque, la seule difficulté, et elle est souvent insoluble, est de savoir de quelle nature est l'obstruction. Or, pour résoudre ce point, l'incision médiane est la meilleure.

Description d'un nouveau bouton anastomotique et d'un instrument dit tire-bouton, destiné à l'extraire par la voie buccale, présentés par M. Hagopoff. — **M. Chaput.** Le bouton de M. Hagopoff a la forme d'une bague, dont la surface extérieure présente une gouttière circulaire large et peu profonde; cette gouttière est munie de stries parallèles.

L'orifice central du bouton est très large, il mesure 8 millimètres environ. Le diamètre total n'atteint guère que 10 à 12 millimètres. Certains boutons sont circulaires, d'autres sont elliptiques.

Cet instrument permet d'exécuter la suture circulaire et toutes les anastomoses latérales.

Voici comment on applique cet instrument :

Je suppose qu'il s'agisse d'une suture circulaire de l'intestin.

On introduit le bouton, monté sur une pince hémostatique, dans un des bouts de l'intestin, et avec une ligature en masse on fixe l'intestin sur la gorge du bouton. Avec une pince à disséquer et des ciseaux, on excise les parties exhubérantes qui dépassent la ligature. On répète la même manœuvre sur l'autre bout d'intestin, et on termine par un étage de sutures séro-séreuses.

L'entéro-anastomose s'exécute d'une manière identique : on lie en masse les orifices intestinaux sur le bouton, puis on fait un étage séro-séreux par-dessus.

La même manœuvre est applicable pour l'estomac. Le manuel opératoire décrit par l'auteur est extrêmement difficile à comprendre; mais je crois qu'il vaut mieux s'en tenir à ce que j'ai dit que de chercher à expliquer son texte.

M. Hagopoff a construit un instrument très ingénieux pour retirer le bouton par la bouche, dans les cas de gastro-entérostomie.

Cet instrument est une espèce de longue sonde œsophagienne, terminée par une boule biconique. La tige de cette sonde est creuse; elle contient un long fil d'argent qui, au niveau de l'olive, se termine par une anse; on peut faire saillir l'anse métallique ou la faire rentrer facilement.

Voici maintenant le mode d'emploi de cet appareil :

Avant de commencer la gastro-entérostomie, on introduit le tire-bouton dans l'estomac; on incise la paroi stomacale sur l'olive, on tire celle-ci au dehors; on fait saillir l'anse de fil d'argent; on y attache un fil solide, long de 1 mètre environ, qui, à l'autre extrémité, est noué sur le bouton de l'auteur; on retire par la bouche le tire-bouton et le fil du bouton.

Ceci fait, on exécute la gastro-entérostomie, comme il a été dit; et le malade conserve son fil sortant par la bouche.

Au bout de quelques jours, lorsqu'on a le droit de supposer que le bouton peut être facilement extrait, on procède de la manière suivante : on engage l'extrémité libre du fil tracteur dans l'anse métallique du tire-bou-

ton; on retire le fil métallique complètement, de telle sorte que le fil tracteur fasse issue à l'extrémité supérieure du tire-bouton. On introduit alors le tire-bouton dans l'œsophage, puis dans l'estomac. A mesure que le tire-bouton descend, on tire sur le fil tracteur.

A un moment donné, l'olive du tire-bouton arrive au contact du bouton anastomotique; on tire alors fortement sur le fil tracteur, et on retire en même temps par la bouche le tire-bouton, le fil, et le bouton lui-même.

Examinons maintenant quelles sont l'originalité et la valeur de ces deux instruments.

Le principe du bouton de M. Hagopoff n'est pas neuf. Sachs, en 1890, a construit un bouton identique à celui de M. Hagopoff; la gouttière de l'instrument de Sachs est seulement un peu plus profonde que celle du boutou de M. Hagopoff; les instruments de Neuber, Landerer, Allingham, tous plus anciens, sont construits sur le même principe; ils représentent tous une gouttière circulaire. J'ai moi-même fait construire un instrument analogue en 1894, et jamais l'idée ne m'est venue de le présenter comme un instrument nouveau et original.

Le mode d'emploi de ces boutons est sensiblement le même que celui de M. Hagopoff. Je reprocherai seulement à ce dernier d'avoir donné une description de son manuel opératoire telle que je ne suis arrivé à la comprendre qu'après l'avoir vu répéter sur le cadavre.

Je reprocherai encore à M. Hagopoff de préconiser la ligature en masse pour fixer l'intestin sur le bouton. Cette ligature provoque une sphacèle rapide de l'intestin, et elle occasionne un bourrelet volumineux de tissus destinés à se sphacéler, et qui, non seulement empêchent l'adossement des surfaces séreuses, mais encore sont susceptibles d'infecter l'étage séro-séreux placé plus en dehors. En outre, la gouttière de ce bouton est trop étroite pour contenir des parois stomacales un peu épaisses; ce reproche est, d'ailleurs, peu grave, car il serait facile de modifier l'instrument dans ce sens.

En définitive, la réunion de l'intestin n'est assurée, dans le procédé de M. Hagopoff, que par un seul étage séro-séreux. Je ne puis, pour ma part, trouver suffisant cet étage unique, puisque je n'ai cessé de répéter qu'il était indispensable de faire deux étages séro-séreux quand on voulait réaliser une suture d'intestin à peu près infaillible.

Le bouton que nous a présenté M. Hagopoff, ne s'appuie donc pas sur un principe nouveau, et son mode d'emploi ne me paraît pas parfaitement satisfaisant. M. Hagopoff prétend, en outre, faire des valvules suffisantes en invaginant, pour ainsi dire, un des viscères dans l'autre; les valvules ainsi obtenues sont beaucoup trop petites pour obturer quoi que ce soit; il est donc inutile de compliquer le manuel opératoire dans un but illusoire.

J'en arrive au tire-bouton.

Cet instrument est vraiment très ingénieux, et, sur le cadavre, il réalise admirablement son programme, comme j'ai pu m'en convaincre dans les expériences que M. Hagopoff a faites en ma présence.

Malheureusement, je crois l'extraction du bouton inutile, et je pense que l'emploi du tire-bouton n'est pas sans inconvénients.

Le séjour prolongé des boutons de Murphy dans l'estomac n'a jusqu'ici causé aucun accident; il ne semble donc pas que l'on doive, sans motifs sérieux, préconiser l'extraction assez compliquée de cet instrument.

D'autre part, le bouton de M. Hagopoff est assez petit pour pouvoir traverser sans difficultés le tube digestif; son extraction est inutile. Enfin, les boutons plus gros, comme celui de Murphy ou le mien, ne sauraient se prêter, comme celui de M. Hagopoff, à l'extraction par la bouche; ici encore le tire-bouton est inutile.

Je crois, en outre, que son emploi est dangereux. J'ai en effet, à plusieurs reprises, introduit des sondes œsophagiennes chez des malades anesthésiés; dans tous les cas, cette introduction a provoqué des vomissements. Or, rien n'est plus redoutable au cours de la gastro-entérostomie que les vomissements, qui déversent des matières septiques dans le péritoine.

Encore un dernier mot: M. Hagopoff conseille d'extraire son bouton du troisième au cinquième jour; c'est beaucoup trop tôt; à cette époque, on risquerait de déchirer les adhérences encore trop tendres.

Je ferai remarquer, en terminant, que le bouton et le tire-bouton en question n'ont pas été employés sur l'homme. L'auteur m'a déclaré oralement qu'il avait fait des expériences sur le chien avec son bouton; mais ces expériences ne sont pas rapportées dans son mémoire.

Quoique je ne sois pas, sur bien des points, de l'avis de M. Hagopoff, je me plais à reconnaître l'ingéniosité de ses conceptions et son habileté opératoire.

M. Quénu. Je suis peu disposé à changer le bouton de Murphy, dont je me sers avec avantage.

Le seul point que je veuille relever dans le rapport de M. Chaput, c'est qu'il n'a pas fait mention des recherches que j'avais tout d'abord entreprises, dans le but d'extraire le bouton de la cavité stomacale. C'est sur ces recherches que s'est basé M. Hagopoff pour construire l'ingénieux tire-bouton qu'il a présenté.

Greffes de Thiersch et greffes par la méthode italienne. — M. Reclus. Je vous présente quatre malades auxquelles j'ai pratiqué, pour des brûlures extrêmement étendues des membres, des greffes de Thiersch et des greffes par la méthode italienne.

Cette combinaison des deux greffes était nécessaire pour obtenir la guérison, car l'étendue des lésions était telle que la greffe par la méthode italienne aurait exigé, pour combler toute la perte de substance, l'emploi de lambeaux si nombreux et si grands, qu'il en fut résulté une perte considérable de la peau du thorax et de l'abdomen; de même, les greffes de Thiersch n'auraient pas permis de recouvrir facilement toute la surface brûlée.

Le résultat obtenu est excellent au point de vue fonctionnel. Au point de vue plastique, on peut regretter la saillie que font certaines des greffes à la méthode italienne, et qui est due à ce que le tissu cellulaire sous-cutané est peu développé. Mais cette sorte de lipome diffus s'affaisse progressivement, quoique lentement, et il est à espérer qu'il disparaîtra complètement. J'ajoute que, pour une de mes malades, jeune fille de seize ans, les lésions étaient telles qu'on avait parlé d'amputation ou de désarticulation du bras.

M. Berger. Je vous présente deux malades qui sont également deux succès obtenus par les greffes de Thiersch. L'un est un adolescent qui avait eu, à la suite d'une brûlure, une rétraction considérable des téguments du poignet; il ne pouvait étendre la main. Après la greffe, les mouvements se sont faits normalement.

L'autre malade est un homme d'une soixantaine d'années, auquel j'ai enlevé un épithélioma de la région temporale; quand la plaie a commencé à grandir, j'ai fait une greffe de Thiersch, dont le résultat est excellent.

A propos de ces greffes de Thiersch, je recommande de prendre des lambeaux épais, de pénétrer au besoin dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Quant aux greffes à pratiquer après l'ablation d'un épithélioma, je pense qu'il ne faut pas les faire instantanément, à cause du suintement sanguin, et d'attendre le bourgeonnement de la plaie; alors, on curette les bourgeons et on applique les greffes.

M. Reclus. Je pense, à l'encontre de M. Berger, que dans le cas d'ablation d'épithélioma, on doit appliquer les greffes de suite après l'opération; la vitalité des greffes n'est nullement à craindre.

M. Monod. Le second malade de M. Berger n'est pas un cas de greffe de Tiersch, mais bien de greffe de la peau tout entière, de greffe de Lefort.

Radiographies de fractures traitées par la suture. — M. Robert. Je vous présente deux malades traités par la suture osseuse, l'un pour une fracture transversale de l'olécrâne, l'autre pour une fracture de la rotule en quatre fragments. Les malades ont guéri, et la continuité des os semble parfaite. Les radiographies montrent cependant entre les deux fragments olécrâniens un espace blanc de trois millimètres, en moyenne, et un semblable entre deux des fragments rotuliens. Cet espace blanc correspond à du tissu fibreux. Les fils se détachent nettement.

Avec les radiographies on peut donc s'assurer parfaitement de l'état des fractures et reconnaître là présence de tissu fibreux là où, à la palpation, on ne saurait nettement l'apprécier.

De l'exploration systématique des annexes dans les laparotomies pour péritonite tuberculeuse. — M. Nélaton. Je vous présente une malade, opérée en 1890, par Terrillon pour une péritonite tuberculeuse et qui nous fut présentée guérie. On ne manqua pas d'ailleurs de dire qu'il ne s'agissait pas de péritonite tuberculeuse.

J'ai opéré récemment cette même malade pour une affection double suppurée des annexes : l'examen bactériologique a démontré qu'il s'agissait de tuberculose.

A propos de cette malade, j'insiste sur la nécessité qu'il y a à examiner systématiquement, dans toute péritonite tuberculeuse, les trompes et les ovaires des malades, et de ne pas se contenter, comme on le fait généralement, d'ouvrir le péritoine et de le laver avec des solutions aseptiques ou antiseptiques. De cette façon on ne laisserait pas passer inaperçues les lésions des annexes qui sont sans doute souvent la cause de la péritonite bacillaire.

M. Berger. A propos de résultat éloigné, je mentionne deux cas, dont l'un se rapporte à un jeune homme, âgé aujourd'hui de vingt ans, que j'opérai il y a six ans pour une péritonite tuberculeuse à forme ascitique et qui a complètement guéri en trois semaines; la guérison se maintient. Le second cas avait trait à un épanchement circonscrit énorme; la guérison survint, mais le malade succomba quatre ans plus tard de péritonite suraiguë.

M. Routier. J'ai opéré, pour péritonite tuberculeuse, trois femmes dont l'une n'avait rien au niveau des annexes, mais dont les deux autres viennent à l'appui de la thèse de M. Nélaton, car leurs annexes étaient atteintes.

M. Richelot. La péritonite tuberculeuse n'est pas toujours symptomatique d'une lésion des trompes. Je vous ai montré déjà une femme qui a été opérée une première fois pour une péritonite tuberculeuse à forme ascitique, deux fois pour une éventration consécutive, et une dernière fois, quatre ans après la première intervention, pour une double salpingite tuberculeuse. Or, lors de ma première intervention, cette malade n'avait pas, au niveau de ses trompes, de lésions différant de celles que l'on trouvait sur tout l'intestin. Je n'avais donc pas à enlever ces annexes. Il s'est trouvé que, plus tard, toutes les lésions ont rétrocédé, et que les lésions annexielles ont continué à évoluer : l'ablation des trompes devenait alors justifiée, mais, avant, elle ne l'était pas.

M. Quénu. M. Richelot nous recommande d'explorer systématiquement les annexes dans toute péritonite tuberculeuse. Pour ma part, je cherche toujours la cause de toute péritonite bacillaire et si je trouve des trompes contenant des lésions avancées, qui ne soient pas de même date que les lésions péritonéales diffuses, je les enlève.

M. Lucas-Championnière. Il n'est pas fatal qu'on devienne sur les trompes ou les ovaires dans le cas de péritonite tuberculeuse. Il y a quelques années, j'ai laparotomisé une femme atteinte de hernie douloureuse pour laquelle j'opérais, et d'une tuberculose péritonéale que je n'avais pas diagnostiquée. Les annexes, que je cherchai, étaient saines.

Dix-huit mois plus tard, la malade était porteuse de deux tumeurs ovariennes grosses comme le poing que j'enlevai et que M. Cornil reconnut être de nature tuberculeuse.

Cinq ans après, je revis la malade, restée bien portante, mais qui avait une éventration.

M. Ricard. J'ai opéré une femme atteinte de tuberculose péritonéale diffuse et dont les trompes étaient malades et très volumineuses : je les extirpai.

M. Walther. En 1890, je laparotomisai une femme atteinte de tuberculose péritonéale à forme plastique qui avait ses annexes véritablement englobées dans une masse d'adhérences d'où il était impossible de les séparer. Je ne fis rien, et, à mon étonnement, tout disparut quelque temps après mon intervention : les culs-de-sac redevinrent aussi souples que si la malade n'avait jamais présenté de lésions.

Pied-bot valgus par contracture des péroniers latéraux. Allongement des tendons des péroniers. — M. Faure. Sur un malade auquel j'avais fait une ostéotomie sus-malléolaire pour une fracture vicieusement consolidée, je vis survenir, au bout de trois mois, une contracture des péroniers mettant le pied en valgus. Je pratiquai l'allongement des péroniers en dédoublant leurs tendons dans le sens de la longueur. Mon malade guérit et ses péroniers ont conservé leur action. Je n'ai trouvé qu'une autre observation d'allongement des péroniers pratiquée opératoirement : elle appartient à M. Polaillon.

F. JAYLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

3 Juillet 1896.

Sur la codéine comme adjuvant de la dilatation de la glotte dans le croup. — M. Variot. Nous avons proposé, avec M. Glover, d'employer le tube d'O'Dwyer comme cathéter dilatateur, pour vaincre le spasme de la glotte dans certaines formes de laryngite diphtérique.

Fréquemment, nous avons constaté, qu'en laissant le tube trois ou quatre minutes dans le larynx d'enfants qui ont un spasme violent de la glotte avec suffocation et, en retirant le tube immédiatement, on obtient la cessation du spasme phréno-glottique, avec une régularisation relative des mouvements respiratoires. Quelquefois le spasme a cédé, et la régularisation des mouvements respiratoires a été définitive. Il nous a paru que cette dilatation active et extemporanée de la glotte était plus efficace chez les enfants au-dessus de deux ans et chez ceux qui ont des laryngites diphtériques peu membraneuses, avec toux rauque et voix claire. Le spasme glottique est alors l'élément prédominant et menaçant dans le croup : si, par le cathétérisme, on dilate les cordes vocales, on produit un soulagement immédiat et plus ou moins persistant après le retrait du tube.

Mais le retour du spasme est à craindre après la dilatation avec le tube d'O'Dwyer. Au-dessus de deux ans cependant, les enfants sont moins sujets au laryngisme, et on peut alors substituer au cathétérisme permanent du larynx, le cathétérisme extemporané, du moins, dans certains cas.

On évite ainsi les inconvénients graves du tube laissé en place dans le larynx : obstruction du tube par des mucosités, troubles de la déglutition, ulcérations coïdiennes.

J'ai donc pensé qu'il serait utile de rechercher si des agents calmants du système nerveux ne pourraient pas servir à obtenir une réduction définitive de l'appareil nerveux phéno-glottique, après la dilatation d'urgence, lors d'un spasme très intense. Il m'a paru que l'administration bien réglée de la codéine avait pour effet de calmer les crises spasmodiques, et, probablement aussi de prévenir le retour des grands accès de suffocation après la dilatation extemporanée de la glotte. Les essais que j'ai entrepris ne datent que de quelques jours, et je n'ai déjà enregistré un beau succès par cette méthode.

L'écouvillonnage du larynx dans le croup membraneux à l'aide du tube d'O'Dwyer modifié. — MM. Variot et Bayeux. Nous voulons montrer que le tube d'O'Dwyer peut servir d'écouvillon dans les diphtéries laryngo-trachéales, très membraneuses, sans qu'il soit question de le maintenir en place.

Les diphtéries les plus membraneuses ne sont pas toujours les plus spasmodiques; on voit des enfants rendre de longs moules membraneux, sans que le spasme de la glotte devienne assez menaçant pour nécessiter le tubage.

Dès l'an dernier, nous avons observé que l'introdu

n du tube, dans ces circonstances, était fréquemment vie du bourrage des membranes, refoulées dans la chée, que la lumière du tube était immédiatement struée, que l'asphyxie était imminente, et que les enits, pris d'efforts de toux, rejetaient le tube spontanément, et, tout de suite après, des moules membraneux. rès cette expulsion du tube et des membranes, les fants étaient soulagés, la respiration était régularisée, il devenait inutile de laisser le tube à demeure.

Partant de ces données accidentelles, nous avons eu lée d'essayer systématiquement l'écouvillonnage du rynx dans les diphtéries très membraneuses, à l'aide tube d'O'Dwyer modifié.

Pour reconnaître les diphtéries avec moules membraux laryngo-trachéaux épais, le meilleur signe est la nsation de bourrage des membranes et la suffocation r obstruction immédiate du tube. Ceci constitue, du ste, l'écouvillonnage. Puis, sous l'influence des efforts toux ou des mouvements de respiration artificielle, le oule membraneux, décollé par le cathétérisme du rynx, est expulsé, la respiration se régularise; la ésence du tube laissé à demeure n'est pas indispenble.

Nous pouvons donc envisager l'écouvillonnage du rynx comme un moyen d'étendre l'emploi du tube à s cas où le tubage proprement dit est inapplicable : rsque les membranes sont bourrées dans la trachée; rsqu'elles se reproduisent immédiatement, etc. ; dans s cas, il faut faire plusieurs écouvillonnages successifs. pendant, nous ne conseillons pas de multiplier les ntatives au delà de trois ou quatre.

Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. — **Rendu.** Je crois devoir communiquer à la Société une bservation qui montre tout le parti qu'on peut tirer, point de vue du diagnostic clinique de la fièvre phoïde, de la réaction du sérum des malades sur les ltures du bacille d'Eberth.

Le 21 Juin, on amenait, dans mon service, une jeune mme atteinte de symptômes qui ressemblaient étroiment à ceux d'une fièvre typhoïde. Il manquait cependant un symptôme important : la présence de taches sées lenticulaires. La convalescence a commencé le Juin.

Or, dès le 28 Juillet, l'examen de la réaction de Pfeiffer Koll, nous avait appris que nous n'avions pas affaire une fièvre typhoïde, mais à une maladie infectieuse de ature différente, n'ayant pas la spécificité de la dothiéntérie.

Grâce à l'obligeance de mon collègue M. Widal, qui m'a urni plusieurs tubes de bouillon ensemencé soit avec bacille d'Eberth, soit avec du colibacille, j'ai pu, aidé u concours de M. de Massary, mon ancien interne, et de L. Funck-Brentano, mon interne actuel, refaire l'expérence de Pfeiffer, et contrôler l'action du sérum sanuin sur les cultures.

Le sang a été pris directement dans la veine de la alade, puis nous avons procédé, suivant les règles tablies par M. Widal dans la dernière séance.

La réaction si nette du sérum typhique sur la culture e bacille d'Eberth ne s'est pas produite. Nous en conluons donc que la malade qui a fourni le sérum n'est as atteinte de fièvre typhoïde.

Des expériences analogues furent faites avec la culure de colibacille et on ne constata aucun changement ans la forme, dans la mobilité, dans la disposition es microbes, ni aucune modification dans l'aspect des ultures.

Les mêmes expériences de contrôle ont été répétées ur un autre malade, atteint d'entérite aiguë, qui, manifestement, n'avait rien à voir avec la fièvre typhoïde; ucun changement ne se produisit, ni dans les cultures, i dans la forme des bacilles.

Il résulte de cette double série d'essais que la réaction le Pfeiffer ne s'est produite ni chez la femme, ni chez homme. Je m'y attendais chez ce dernier, qui avait ne entérite bien manifestement indépendante de la fièvre yphoïde; mais, chez la femme, le diagnostic était douteux, car les symptômes généraux faisaient pencher vers idée d'une fièvre continue. Or, le résultat négatif de la ulture du sérum dans le tube de bouillon de bacille l'Eberth a tranché absolument la question clinique : il ne s'agissait pas d'une fièvre typhoïde. L'évolution ultérieure de la convalescence chez cette femme a confirmé absolument cette conclusion, et j'ai pu, sans arrière-pensée, prescrire à la malade des aliments solides à une période où il eût été imprudent de le faire, si le diagnostic avait dû se baser exclusivement sur l'analyse des symptômes fonctionnels.

M. Fernand Widal. Depuis ma dernière communication, j'ai recherché, dans un nouveau fait de fièvre typhoïde, la réaction agglutinante du sérum du malade sur une culture de bacilles d'Eberth.

Il s'agissait d'un cas à diagnostic difficile; on hésitait entre une endocardite ulcéreuse ou une dothiénentérie.

J'ai constaté la réaction de la façon la plus précise et j'ai pu faire ainsi le diagnostic de fièvre typhoïde. Le malade fait en ce moment sa défervescence. J'ai, d'autre part, recherché à nouveau la réaction chez 17 personnes, 14 bien portantes ou atteintes d'affections diverses, 3 guéries depuis plus d'un an de fièvre typhoïde. Chez les 14 premières, la réaction a constamment manqué, mais je l'ai constaté d'une façon très nette et à plusieurs reprises chez un de mes élèves qui a souffert, il y a sept ans, d'une fièvre typhoïde extrêmement grave et de très longue durée. Si j'ajoute ces chiffres nouveaux à ceux que j'ai précédemment publiés, on voit donc que, chez 30 personnes bien portantes ou atteintes de maladies diverses, la réaction a toujours manqué ; chez 8 guéries depuis plus d'un an de fièvre typhoïde, la réaction ne s'est montrée que dans un cas.

Nouveau cas de rash scarlatiniforme dans la varicelle. — **M. Comby.** J'ai eu l'honneur de présenter à la Société, le 1er Mai 1896, un cas de rash scarlatin au deuxième jour de la varicelle, chez un petit garçon de deux ans. Ce rash n'avait pas duré plus de deux jours et avait été accompagné d'une poussée fébrile.

A cette occasion, M. Marciguey[1] a rappelé qu'il avait vu un cas exactement semblable chez une fillette de onze mois nourrie au sein.

Le nouveau cas que je viens d'observer est indentique aux précédents, sauf pour la date d'apparition; le rash, en effet, ne s'est montré qu'au huitième jour de la varicelle, c'est-à-dire à la fin de l'éruption. Il a été très tardif. Il s'agit d'un garçon de quatre ans, entré au pavillon des Douteux de l'hôpital Trousseau, le 11 Juin dernier pour une varicelle au troisième jour. La température était de 38 degrés-38°5. Le 16 Juin, huitième jour de l'éruption, le thermomètre monte à 40 degrés et un érythème scarlatiniforme se montre sur le tronc et les membres, sans toucher la face. En quarante-huit heures, ce rash avait disparu et la température, après quelques oscillations, tombait à 37 degrés. Mais, pendant la période du rash, l'enfant avait un aspect typhoïde avec abattement, langue sèche, etc.

Le lendemain de la disparition de l'érythème, qui était le dixième jour de la varicelle, on a trouvé de l'albumine dans les urines (25 centigrammes par litre). Cette albuminurie n'a duré que quatre jours. Elle a été suivie d'un engorgement ganglionnaire indolent, à l'angle gauche du maxillaire. Ce bubon a suppuré, et il a fallu l'ouvrir le 27 Juin. Aujourd'hui, l'enfant est entièrement guéri.

En somme, voilà un cas de varicelle, d'abord simple et régulier, qui se complique, à partir du huitième jour, de rash scarlatiniforme éphémère, avec hyperthermie, d'albuminurie peu durable, et, enfin, de bubon suppuré. La rareté de ces accidents, dans la varicelle, m'a déterminé à les publier.

E. de Massary.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

3 Juillet 1896.

Goitre kystique hémato-folliculaire. — **M. Mermet** présente un kyste hématique du corps thyroïde enlevé par énucléation intra-glandulaire par M. Schwartz à une femme de trente ans.

La tumeur était apparue, il y a cinq ans, et avait subi une augmentation progressive et manifeste lors de chaque époque menstruelle. Au moment de l'opération, elle avait le volume d'une orange ; elle siégeait dans le lobe droit de la tyroïde.

C'est une poche tendue, de coloration grisâtre, contenant un liquide sanguin, fluide, brun-rougeâtre, riche en paillettes de cholestérine. La paroi, épaisse de 2 à 4 millimètres suivant les points, est d'aspect fibreux à sa face externe, mamelonnée et réticulée à sa face interne. L'examen histologique montre qu'on peut y décrire deux couches : une interne, formée de follicules thyroïdiens tapissés de cellules cubiques et dessinant sur les coupes des aréoles élégantes, entre lesquelles circulent des sinus veineux dilatés et superficiels ; une autre externe, fibreuse, pauvre en vaisseaux, constituée par des fibres connectives ondulées, entre lesquelles sont des lits cellulaires à deux rangées de cellules ressemblant à des vésicules thyroïdiennes aplaties dans le sens de la poche. Le présentateur insiste sur l'existence, dans ce cas particulier, d'une couche épithéliale à la surface de la poche, la présence de cet épithélium ayant été nié par beaucoup d'auteurs.

Sarco-myxome du sein. — **M. Schmid** présente une tumeur du sein enlevée hier matin par M. Quénu, dans son service de Cochin.

L'histoire de sa malade est la suivante : c'est une femme de cinquante et un ans, sans profession. Elle aurait reçu un coup sur le sein droit, il y a deux ans, sans qu'il y eut de phénomènes consécutifs immédiat à ce niveau. Il y a six mois, la malade remarqua, à la partie externe du sein droit, un point induré qui resta stationnaire pendant un mois et augmenta lentement de volume pendant les deux mois suivants. Elle ressentit quelques douleurs lancinantes, et, depuis deux mois, l'évolution devint extrêmement rapide, la tumeur acquit en un mois les dimensions d'une tête de fœtus et s'accompagna de rougeur de la peau.

A son entrée à l'hôpital, on constate que le sein est volumineux, arrondi ; la peau est rosée, rouge-vif à la partie externe, tendue, sillonnée de grosses veines bleues, amincie, chaude, non adhérente. Toute la glande est occupée par une tumeur à surface bosselée, de consistance élastique et ferme, un peu irrégulière, il existe en dehors un point fluctuant faisant penser à un kyste. Il n'y a pas d'adhérence au grand pectoral, pas de ganglions dans l'aisselle, rien à l'autre sein.

Le diagnostic clinique fut sarcome du sein. On décida l'amputation, qui eut lieu le 4 Juin. La perte de substance étant considérable, M. Quénu employa son procédé autoplastique de lambeau emprunté à la partie latérale et inférieure de la région thoracique.

A l'examen de la pièce, sur une coupe antéro-postérieure de la tumeur, on constate que la périphérie est occupée par un tissu blanc, résistant, dans lequel se voient de rares vaisseaux. Cette couche de tissu ne présente pas en tous points une épaisseur égale : elle envoie, au contraire, vers le centre de nombreux mamelons arrondis, plus ou moins volumineux. Tout le centre de la tumeur est occupé par un tissu couleur gelée de pomme, transparent et paraissant infiltrer les mailles conjonctives à la façon de l'œdème. La transparence de ce tissu permet de voir, sur les mamelons profonds, de très nombreuses arborisations vasculaires; cette richesse vasculaire est en rapport, sans doute, avec la rapide évolution de la tumeur. A la partie postérieure de la tumeur se trouve une cavité kystique, comme un œuf, contenant un liquide filant, plus clair que le précédent. Cet aspect macroscopique rend peu probable l'hypothèse de sarcome. Il est vraisemblable que nous avons affaire ici à un de ces myxomes du sein à évolution rapide, peut-être est-il combiné à une néoformation sarcomateuse en certains points de la périphérie.

Pour l'examen histologique, les fragments prélevés ont été fixés dans l'alcool à 90 degrés; ils ont été inclus dans le collodion, à cause de leur dureté. Les coupes ont été colorées à l'hématoxyline éosinée. Examinées à un grossissement moyen, elles présentent tout d'abord un très grand nombre de cellules à noyaux allongés, donnant l'idée, par leur assemblage et leur direction, d'un sarcôme fuso-cellulaire. En d'autres points, on rencontre des cellules arrondies, placées les unes à côté des autres et formant des champs entiers à côté des cellules fusiformes.

En d'autres points encore se voient des cellules étoilées, à prolongements; quelques-unes d'entre elles ont des contours très peu nets. Il s'agit donc ici d'une dégénérescence myxomateuse fréquente dans les sarcômes. Cet aspect est plus marqué dans les parties centrales de la tumeur.

Calcul de l'ampoule de Vater. — **M. Bernard** rapporte l'observation d'une femme morte de cachexie, sans symptôme particulier. A l'autopsie, on trouva un très gros calcul situé au niveau de l'ampoule de Vater, et l'obturant complètement. Le canal cholédoque était dilaté et le foie présentait de nombreux abcès nucléaires. Le malade n'avait pas eu d'ictère; il est vraisemblable que le calcul poreux laissait sourdre la bile.

Calcul du bassinet. — **MM. Letulle** et **Brun** présentent un énorme calcul, trouvé à l'autopsie, dans le bassinet d'un individu de l'Uruguay. Ce calcul pèse 2 kilogr. 080, il est ovalaire, lisse, ne présentant pas les prolongements que l'on rencontre, en général, dans les calculs du bassinet.

Kystes de l'intestin grêle. — **M. Letulle** montre un intestin grêle, pris à l'autopsie d'un tuberculeux. A la surface de l'intestin, on voit 3 à 400 kystes disséminés sur toute la longueur ; ils sont transparents, fluctuants, remplis par un liquide séreux. Leur volume varie d'un pois à un petit haricot. A l'examen microscopique, on trouve des lésions tuberculeuses indépendantes des kystes. Tous ces kystes sont sous-muqueux, enroulés par du tissu conjonctif très dense. Quelques-uns contiennent des cellules géantes, non tuberculeuses. En un point, M. Letulle a vu un kyste traverser la musculaire muqueuse, et se continuer avec une des glandes de l'intestin.

Hémorrhagies de la vésicule biliaire. — **M. Claude**, au cours d'intoxications par diverses toxines microbiennes, a constaté 7 fois sur 82 cas suivis d'autopsie, des hémorrhagies de la vésicule biliaire. Dans 2 cas, il existait des caillots solides, moulés sur la paroi de la vésicule; dans les 5 autres, le sang était mêlé à la bile en quantité plus ou moins abondante. Il s'agissait d'intoxications par les toxines pyocyanique, tétanique, colibacillaire. Les coupes de la vésicule montrent une dilatation très marquée des capillaires qui prennent, par endroits, l'aspect de véritables sinus gorgés de sang. Par places, les vaisseaux sont rompus, une hémorrhagie s'est produite dans la paroi et s'est fait jour dans la cavité, après avoir détruit la muqueuse. Çà et là, il existe des traces d'un processus inflammatoire plus ou moins marqué.

Enfin, à l'autopsie d'une femme de soixante-dix ans, morte en des accidents généraux mal caractérisés, l'auteur a trouvé la vésicule remplie par un magma noir, épais, où l'on trouvait de grandes quantités d'hématies et de globules blancs.

Ces cas prouvent donc que, dans les états infectieux, l'action des toxines suffit à expliquer les phénomènes congestifs ou inflammatoires du côté des voies biliaires; que ces toxines déterminent des hémorrhagies de la muqueuse vésicale et que ces hémorrhagies peuvent être assez abondantes pour donner lieu à des caillots. Ces caillots peuvent, peut-être, causer des accidents douloureux par leur migration, ou devenir le rayon de concrétions calculeuses.

1. *Journal des Praticiens*, 8 Mai 1896.

Pneumothorax partiel antérieur et inférieur. — **MM. E. Apert** et **Monsseaux** montrent un poumon entouré de sa plèvre pariétale. Celle-ci est normale à la partie supérieure et sur les faces postérieure et interne. Mais, à la partie inférieure de la face antérieure, elle est épaissie, et, par ses adhérences au poumon, limite une poche, ouverte dans les bronches par une plaque de sphacèle pulmonaire. Ce pneumothorax partiel, inférieur et antérieur, était consécutif à une pleurésie purulente à streptocoques, ouverte dans une bronche, ce qui avait donné lieu à une vomique.

Le malade a continué à cracher du pus après sa vomique, mais seulement quand il était couché sur le dos. En effet, à cause de la situation du pneumothorax, l'ouverture bronchique se trouvait dans cette position à la partie la plus déclive, le pus trouvait alors son libre écoulement dans les bronches, et le pneumothorax se vidait complètement.

Il n'y avait pas trace de granulations tuberculeuses sur la plèvre; mais il existait des granulations miliaires grises dans le poumon du côté opposé; le malade a eu d'abondantes hémophysies dans les deux jours qui ont précédé la mort.

R. Marie.

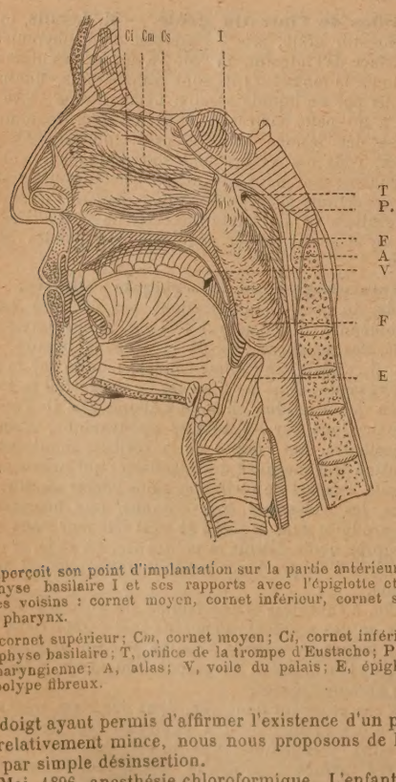
SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

18 Juin 1896.

Polype fibro-muqueux avec dégénérescence kystique du naso-pharynx. Arrachement. Guérison. — **M. L. Monnier**, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph. Le 22 Mai dernier entrait dans notre service d'enfants, une fillette de douze ans, à l'aspect souffreteux et amaigri. Au dire des parents, cet état existait surtout depuis trois mois et demi. A cette époque, ils s'aperçurent qu'elle avait de la difficulté à avaler, de l'inappétence, et qu'elle ronflait d'une façon insupportable. Il y a quelques semaines, un médecin diagnostiqua un abcès naso-pharyngien, fit une ponction avec le bistouri, mais n'en vit sortir que quelques gouttes de sang.

Lors de son admission, nous voyons aisément dans le pharynx une tumeur rosée, qu'au premier abord on croirait rétro-pharyngienne, ce qui explique l'erreur de notre confrère; mais rapidement, on se rend compte qu'elle est bien dans le pharynx, où elle pend comme un battant de cloche, plongeant jusqu'au larynx, remontant derrière le voile du palais, qui se trouve refoulé en avant, jusqu'à un point que le doigt dénote être à quelques millimètres en arrière du cornet moyen, sur l'apophyse basilaire, ce que l'examen rhinoscopique, pratiqué après l'ablation de la tumeur par notre collègue M. Chatellier, montra être exact.

Afin qu'on se rende facilement compte du point d'implantation et des rapports de cette tumeur, nous l'avons fait représenter par notre habile dessinateur, M. Gillet, sur une figure empruntée à l'Anatomie topographique de M. Tillaux.



On aperçoit son point d'implantation sur la partie antérieure de l'apophyse basilaire I et ses rapports avec l'épiglotte et les organes voisins : cornet moyen, cornet inférieur, cornet supérieur, pharynx.

Cs, cornet supérieur; Cm, cornet moyen; Ci, cornet inférieur; I, apophyse basilaire; T, orifice de la trompe d'Eustache; P, paroi pharyngienne; A, atlas; V, voile du palais; E, épiglotte, F,F, polype fibreux.

Le doigt ayant permis d'affirmer l'existence d'un pédicule relativement mince, nous nous proposons de l'enlever par simple désinsertion.

28 Mai 1896, anesthésie chloroformique. L'enfant est placée dans la position de Roser. Desinfection de la région avec des éponges montées sur des pinces courbes et imbibées d'une solution de sublimé au millième; les irrigations nasales pré-opératoires étaient impossibles.

La bouche étant maintenue largement ouverte par l'ouvre-bouche Mathieu, l'index droit plonge sous l'extrémité inférieure du néoplasme, vers l'épiglotte, et amène dans la bouche la tumeur, qui est saisie avec une pince de Museux modifiée. Attirant fortement le polype de la main gauche, avec l'ongle de l'index droit, nous désinsérons peu à peu, en rasant l'os, le pédicule de la surface d'implantation : au bout de quatre ou cinq minutes, nous avons obtenus la tumeur intégralement : un flot de sang remplit le naso-pharynx; il est aussitôt arrêté par la compression à l'aide d'éponges montées sur pinces courbes et imbibées de sublimé au millième, placées pendant quelques minutes.

Les suites furent d'une bénignité parfaite, grâce à des lavages bi-quotidiens du nez avec une solution boriquée chaude. L'appétit reparut immédiatement et la déglutition, du reste peu gênée, redevint normale.

Cette tumeur a l'aspect d'une langue d'enfant, un peu allongée, terminée brusquement par un pédicule arrondi, de 15 millimètres de long : grenue en avant, elle est lisse en arrière; sa longueur est de 7 centimètres, sa largeur de 8 centimètres, son épaisseur de 15 millimètres. Sa consistance est ferme. Sur une coupe longitudinale, on aperçoit, près du pédicule, deux kystes du volume d'un gros pois, superposés, à contenu d'apparence graisseuse. Le reste de la coupe est d'aspect fibreux; mais un examen attentif permet d'y voir un certain nombre de petites cavités vraisemblablement kystiques, car elles sont remplies de la même substance granuleuse.

L'examen histologique, fait par M. Meslay, chef du laboratoire de l'hôpital Saint-Joseph, a montré :

1° Au niveau du pédicule : un revêtement épithélial dont les cellules profondes sont rondes ou polyédriques, et les superficielles cylindriques à cils vibratiles. Au centre, un stroma fibrillaire avec nombreuses cellules rondes, ayant de la ressemblance avec le tissu adénoïde.

2° Au niveau de la grande cavité kystique, on trouve, à la périphérie de la tumeur, le même épithélium cylindrique; au-dessous, un stroma de fibres conjonctives, mais plus serré, excepté en certains points où il y a des amas de cellules rondes, à un ou deux noyaux entourés de fibrilles déliées.

En se rapprochant de la cavité kystique, les fibrilles se dissocient, des aréoles apparaissent entre elles : çà et là on voit un assez grand nombre de cellules ramifiées, d'aspect myxomateux. Enfin, la grande cavité a ses parois formées par un tassement du tissu conjonctif, et, dans son intérieur, des cellules en dégénérescence graisseuse.

3° A l'extrémité inférieure de la tumeur, la structure est la même.

M. Meslay conclut qu'il s'agit d'un fibro-myxôme avec dégénérescence kystique centrale.

Nous avons tenu à publier cette observation, qui peut paraître banale, parce qu'elle rentre, à notre avis, dans une catégorie de tumeurs un peu spéciales.

Il existe deux classes bien tranchées, classiques en un mot, de polypes des régions nasales et pharyngiennes : les polypes muqueux des fosses nasales, d'une part; les polypes fibreux naso-pharyngiens, d'autre part : les premiers prenant naissance dans la muqueuse de Schneider, les seconds tirant leur origine du trousseau fibreux qui tapisse l'apophyse basilaire.

A côté de ces deux formes communes, il nous semble en exister une plus rare, intermédiaire en quelque sorte, et dont notre petite malade fournit un exemple des plus probants.

Dans les rapides recherches bibliographiques que nous avons faites, nous n'avons trouvé que peu de cas analogues, eu égard aux très nombreuses observations de polypes naso-pharyngiens, publiées surtout à cause des traitements opératoires variés qu'ils ont nécessité.

Toutefois, cette forme est loin d'être univoque, au point de vue de la constitution. Nous en avons l'explication dans les particularités de structure de la muqueuse, qui sert d'intermédiaire entre celle des fosses nasales proprement dites, et celle du pharynx, particularités qu'a bien mises en évidence Panas, dès 1858, et sur lesquelles est revenu notre collègue Chatellier, dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, en décembre 1886.

D'après Panas[1], « la texture spéciale de la muqueuse qui entoure l'orifice postérieur de l'appareil olfactif, à savoir l'existence en ce point d'un périoste très épais, constituant une espèce de bordure ou d'anneau de 1 centimètre de large, forme là une sorte de transition entre la muqueuse rouge, tomenteuse du nez, et la fibro-muqueuse très dense et très adhérente aux os qui tapissent les arrières-narines et l'os basilaire de l'occipital ».

On comprend aisément que, suivant le point d'insertion du polype dans cette zone, il y aura prédominance du tissu muqueux ou du tissu fibreux, et, dans notre cas, il n'y a que peu de tissus muqueux, par suite de l'insertion relativement postérieure.

Mais, par contre, et c'est surtout ce qui intéresse le chirurgien, les polypes de cette zone ont un caractère commun des plus heureux, au point de vue de l'intervention : l'étroitesse du pédicule, 1 centimètre chez le malade de Chatellier; 3 à 6 millimètres chez la nôtre; cependant, chez un malade de Legouest[2], il avait 2 centimètres, ainsi que chez un opéré d'Achille de Bonnes[3].

Quoi qu'il en soit, cette disposition d'un pédicule relativement étroit, donne la possibilité d'avoir ces tumeurs par les voies naturelles.

Dès 1747, Manne[4], d'Avignon, avait proposé, pour la catégorie de polypes qui nous occupe, au lieu d'une large division de la voûte palatine, une simple boutonnière, allant du bord postérieur de la voûte palatine osseuse à la base de la luette. Panas[5] appliqua plusieurs fois ce procédé, et, combinant l'arrachement avec l'emploi des ciseaux plats, obtint très aisément la tumeur qui tombait d'elle-même par cet orifice, lequel se fermait spontanément en peu de jours.

Mais, et à juste titre, cette incision préliminaire a paru encore de trop à certains chirurgiens.

En 1869, Achille de Bonnes (de Nîmes), dans un cas rapporté par Houël[6], employa un procédé ne comportant aucun délabrement antérieur. Il fit faire par Collin un ongle en acier dont il arma son index, ce qui lui permit de déraciner le polype après une demi-heure de travail : il est vrai que le pédicule avait 2 centimètres à la base. Sans nous en douter, nous avons appliqué un procédé identique, mais avec l'ongle donné par la nature : l'étroitesse du pédicule nous a permis de l'obtenir en quelques minutes.

Ainsi que nous le disions plus haut, Chatellier a parfaitement raison d'insister sur ce point : cette catégorie de polypes doit être enlevée par les voies naturelles, à l'aide du serre-nœuds ou par arrachement, et point n'est besoin de résections temporaires ou d'incisions du voile du palais.

De ces courtes réflexions et de l'observation qui précède, nous tirerons les conclusions suivantes :

1° Il existe entre les polypes muqueux des fosses nasales et les polypes fibreux naso-pharyngiens proprement dits, une classe intermédiaire, présentant histologiquement, outre le tissu fibreux, une quantité variable de tissu myxomateux, quelquefois très peu, comme chez notre malade;

2° Ces polypes, à évolution ordinairement bénigne, ne présentent pas les prolongements adhérents ou dissociants des polypes naso-pharyngiens;

3° Leur ablation doit être faite par les voies naturelles, de préférence chez les enfants, âge où les narines sont étroites; cette ablation se pratique par arrachement, l'opéré étant anesthésié, et dans la position de Roser.

D. Morge.

1. *Bull. de la Soc. de Chir.*, p. 342, 1869.
2. *Ibid.*, p. 378, 1873.
3. *Ibid.*, p. 378, 1873.
4. *Ibid.*, p. 342, 1869.

1. *Bulletins de la Société de chirurgie*, p. 378, 1873.
2. Panas. — *Ibid.*, p. 437 1869.

SOCIÉTÉS ÉTRANGÈRES

RUSSIE

A la *Société des médecins d'enfants de Moscou*, **Tschlenoff** a rapporté **102 cas de diphtérie traités par le sérum antidiphtérique**. Sur ces 102 malades, 16 seulement ont succombé, ce qui fait une mortalité de 15 pour 100. Si on retranche de ces 16 cas 4 cas, où la mort est survenue vingt-quatre heures après l'injection, on obtient une mortalité très faible de 11 pour 100. La mortalité a varié considérablement et s'est montrée en rapport avec le moment où le traitement a commencé. Ainsi, elle était nulle dans les cas où les injections étaient faites le premier jour; de 6 pour 100 dans les cas où les injections étaient faites le deuxième jour, de 24 pour 100 — pour le troisième jour et de 50 pour 100 — pour le quatrième.

Outre les injections, les malades étaient soumis à un traitement médical ordinaire.

M. Tilatoff fait remarquer que, malgré la quantité relativement petite du sérum, les résultats obtenus ont été fort satisfaisants; il est évident que le succès du traitement dépend principalement de la première injection.

A la *Société des psychiâtres et des neurologistes de Kazan* **Popoff** a relaté un cas de **sclérose atrophique primitive du cerveau**. Il s'agit d'un idiot, enfant de parents alcooliques, mort après un séjour de six ans à l'hôpital de Kazan. Pendant son séjour à l'hôpital, cet individu restait tranquille et accomplissait des ouvrages peu compliqués. La mort a résulté d'un érysipèle ayant éclaté à la suite d'une trépanation de l'apophyse mastoïde. A l'autopsie, on constata que l'hémispère gauche pesait 150 grammes de moins que l'hémisphère droit. Parmi les lobes qui avaient subi un arrêt de développement, il faut noter : le temporal, le frontal et l'occipital de l'hémisphère gauche. Les circonvolutions de cet hémisphère étaient également peu développées, mais les sillons étaient profonds. Sur les coupes fraîches, la substance cérébrale se distinguait par une consistance particulièrement dense, surtout dans la région de la première circonvolution temporale. L'insula de Reil était découverte, ce qui semblait prouver que l'affection avait commencé pendant la vie intra-utérine. Sur les préparations microscopiques, on a constaté des modifications diffuses. Parmi les éléments nerveux, il y avait peu de fibres à myéline et peu de cellules. Ces dernières contenaient du pigment et n'étaient pas dispo-

régulièrement en couches, mais disséminées ça et là groupes. Les parois des vaisseaux étaient épaissies ; lumière rétrécie. Une grande partie de la nevroglie remplacée par du tissu conjonctif. Ce tableau micopique est parfaitement caractéristique de la sclé- atrophique primitive. A la même Société, **Tichoff** ontré un malade atteint de **convulsions cloniques onliques dans les muscles du dos et du cou**. t un homme de vingt-quatre ans, robuste; il souffre uis quatre ans. Dans les antécédents de sa famille nt noter ce fait qu'il a un frère atteint de la même ction, mais moins prononcée. Les trois autres frères, œur et les parents ne présentent aucun symptôme nologique nerveux. Les convulsions sont apparues, r la première fois, après une forte frayeur suivie e perte de connaissance de courte durée. Outre es occupant les muscles du cou et du dos, il en te aussi, quoique beaucoup moins prononcées, dans égion du nerf radial gauche, dans la main et dans ied du même côté. La parole est quelque peu emrassée.

a situation du malade est très pénible : il ne peut e tenir debout, ni marcher, ni s'asseoir. Ce n'est lorsqu'il est couché que l'intensité des convulsions inue. Tichoff ne se prononce pas d'une façon catégoe sur la nature de ces troubles. D'après lui, on ne t songer qu'à des convulsions hystériques ou bien n torticolis convulsif. C'est ce dernier diagnostic qui parait le plus probable. Quoi qu'il en soit, l'auteur ame un traitement énergique et surtout chirurgical. opoff dit que le diagnostic ne saurait être douteux: n'est ni la danse de Saint-Guy, ni l'hystérie, mais un ticolis convulsif. Pour lui, le traitement indiqué est tervention chirurgicale.

liatschine se demande s'il ne s'agit pas d'une simon et conseille, avant de recourir à l'opération, de oroformiser le malade.

ichoff répond qu'on ne saurait admettre la simulation, bord parce que le malade n'a aucune raison de le e, ensuite parce que les phénomènes morbides sont p prononcés et durent depuis quatre ans. Quant à la oroformisation, elle ne pourrait avoir aucune valeur isive, attendu que, pendant le sommeil ordinaire, les vulsions s'arrêtent complètement.

I. Razonmowsky se propose d'opérer le malade, pratiquant des élongations et des résections intéressant les nerfs qui innervent ces muscles et dont les fractions convulsives sont particulièrement prononcées.

la Société de Neurologie de Saint-Pétersbourg, **rischpolsky** a fait une communication sur le **traitement de la sciatique par des douches écossaises**. Après avoir indiqué rapidement l'action de la leur sur la circulation, les échanges organiques, les fs sensitifs et moteurs, etc., Borischpolsky parle des ultats qu'il a obtenus. Sur 32 malades atteints de atique d'origines diverses, 23 ont complètement éri, 7 ont été améliorés et 2 sont restés dans le me état qu'avant le traitement. Tous les malades ient des chroniques ; en partant de ce point de vue e toute douleur sciatique a pour origine des troubles la circulation et l'accumulation de produits de désasilation capables de déterminer des troubles troiques, Borischpolsky croit que des douches écossaises ns lesquelles se trouvent réunis deux facteurs : action canique et action par la chaleur), doivent, plus que t autre moyen, accélérer les échanges dans le nerf lade. Outre leur valeur thérapeutique, ces douches rraient aider au diagnostic, étant donné qu'elles mettent de dire, dès leur première application, s'il git de douleurs sciatiques véritables. A la fin de sa mmunication, l'auteur a cité M. Buxbaum qui, ayant tenu des résultats encore plus satisfaisants que ceux Borischpolsky, considère ces douches comme le lleur moyen antinévralgique et le recommande non lement dans la sciatique, mais dans les névralgies général.

ITALIE

A l'*Académie de Médecine et de Physique de Florence*, **Galeotti** fait part de ses recherches sur l'**immunité ns le choléra asiatique.** L'auteur a conduit une série xpériences sur des cobayes chez lesquels il avait provoé une péritonite cholérique, dans le but de découvrir elles étaient les substances immunisantes. Il pense e ces qualités peuvent être attribuées : 1° à diverses bstances albuminoïdes, séparables par la saturation ec le sulfate d'ammoniaque ; 2° à une peptone ; enfin à une nucléo-protéïne qui est probablement un des ments constituants de la cellule bactérienne.

Au contraire, les substances extraites par l'intermédiaire de l'alcool, de l'éther et du chloroforme, n'ont ontré aucune propriété vaccinale. De plus, dans le sém du sang des animaux ainsi vaccinés, l'auteur a pu ler et extraire de la globuline, de la fibrine, une subnce protéique dialysable, de nature indéterminée ; tes les substances ont paru douées de qualités immuantes énergiques. Cependant Galeotti ne croit pas uvoir encore résoudre la question déjà posée par sbrook à savoir, si le pouvoir immunisateur d'un ganisme vacciné résulte de l'action de plusieurs substances différentes, ou bien d'une seule d'entre elles, substance difficilement séparable des autres, et qui serait entraînée par ces dernières dans le précipité : la deuxième hypothèse lui semble plus vraisemblable.

En ce qui concerne le mode d'action de ces substances, Galeotti est convaincu qu'elles ne possèdent, par elles-mêmes, pendant la vie, ni propriétés bactéricides, ni pouvoir anti-toxique mais qu'elles sont capables de susciter, dans l'organisme des cobayes vivants, un pouvoir bactéricide de nature inconnue, pouvoir que les cobayes ne possèdent pas à l'état normal.

M. Banti demande quelle était la quantité minima de sérum suffisante pour produire l'immunité et à quel traitement étaient soumis les animaux destinés à fournir ce sérum.

Galeotti répond qu'il a pu obtenir, pour un cobaye adulte pesant 450 grammes, une immunité suffisante et durable avec 1/2 centimètre cube de sérum. Quant aux animaux fournisseurs de sérum, on employait des cobayes déjà immunisés auxquels on avait fait de nouvelles injections de cultures pour rendre leur immunité plus forte.

Répertoire thérapeutique

L'EUCAINE

Les discussions qui ont eu lieu, il y a deux ans, à la Société de chirurgie, sur les cas de mort par la cocaïne, ont considérablement restreint l'emploi de cette substance en chirurgie journalière. Des faits qui ont été cités et d'autres qui ont été publiés, il ressortait très nettement que, même à dose faible et en solution très étendue, la cocaïne, en injection sous-cutanée, peut donner lieu à des accidents graves, souvent mortels. Seul, M. Reclus est resté fidèle à la cocaïne; mais, en continuant à s'en servir, il s'entoure de précautions infinies, irréalisables dans la pratique chirurgicale journalière, dans les opérations banales de très courte durée où il s'agit d'obtenir une insensibilité, le temps nécessaire pour donner un coup de bistouri, faire une suture, ponctionner une hydrocèle, etc., etc.

L'*eucaïne*, qui a été étudiée au laboratoire de M. Liebreich, sur laquelle nous possédons actuellement plusieurs travaux cliniques, n'aurait pas ces inconvénients, c'est-à-dire que, tout en possédant les propriétés anesthésiques de la cocaïne, elle serait dépourvue de toute toxicité ou, du moins, serait infiniment moins toxique que la cocaïne. Dans ces conditions, l'eucaïne peut être considérée comme un véritable succédané de la cocaïne, destiné à la remplacer.

* * *

L'eucaïne est, au point de vue chimique, un éther méthylique d'un acide γ-oxypipéridine-benzoïque, ayant la même base que la cocaïne. Comme la base cocaïne, la base eucaïne est insoluble dans l'eau; mais son chlorhydrate, de même que le chlorhydrate de cocaïne, y est soluble. Les recherches faites par M. Gaetano Vinci [1], au laboratoire de M. Liebreich, avec le chlorhydrate d'eucaïne, ont montré les faits suivants :

Si l'on instille dans l'œil d'un lapin ou d'un chien quelques gouttes d'une solution d'eucaïne à 2 ou 5 pour 100, on obtient une anesthésie locale complète qui se manifeste d'abord au niveau de la cornée, ensuite au niveau de la conjonctive et qui persiste pendant dix à vingt minutes. L'effet obtenu peut naturellement être prolongé par une nouvelle anesthésie. Cette anesthésie s'accompagne d'une légère irritation avec légère hyperémie de la conjonctive bulbaire. Pendant l'anesthésie, les pupilles ne sont pas dilatées et continuent à réagir contre la lumière. Mise sous la peau ou sur une muqueuse, la solution d'eucaïne, au titre indiqué plus haut, provoque une anesthésie locale complète. Au point de vue de l'action locale, action anesthésique, il n'existe donc aucune différence entre la cocaïne et l'eucaïne.

Mais, si l'on étudie comparativement l'eucaïne et la cocaïne au point de vue de leur action générale, on trouve, en opérant avec des doses toxiques, des différences notables entre ces deux substances. On constate tout d'abord que la dose toxique mortelle, par kilogramme d'animal, est bien plus élevée pour l'eucaïne que pour la cocaïne, c'est-à-dire, qu'à la même dose, l'eucaïne provoque seulement des phénomènes d'intoxication, tandis que la cocaïne tue l'animal. En second lieu, tandis que la cocaïne provoque une accélération du pouls et une ischémie générale — d'où la syncope fatale — l'eucaïne provoque plutôt une hyperémie avec ralentissement du pouls.

Les recherches faites avec l'eucaïne, à la Clinique ophtalmologique de la Faculté de Berlin, ont pleinement confirmé les données des recherches expérimentales. On a notamment constaté, en se servant de solutions d'encaïne à 2 pour 100, que l'anesthésie de l'œil ainsi obtenue était aussi durable, aussi complète et aussi rapide qu'avec la cocaïne, que cette anesthésie s'accompagnait d'une légère hypérémie de la conjonctive, se manifestant par une sensation de cuisson légère ; qu'enfin, contrairement à la cocaïne, l'encaïne ne provoquait pas de mydriase ni de paralysie de l'accommodation. Tous ces faits semblent donc indiquer, qu'en ophtalmologie du moins, l'emploi de l'eucaïne est plus avantageux que celui de la cocaïne.

Cette conclusion découle également des recherches faites sur l'eucaïne par M. Berger [2] et communiquées tout récemment à la Société de biologie. D'après cet auteur, les phénomènes caractéristiques de l'eucaïne sont les suivants :

1° Au moment de l'instillation, sensation de cuisson plus forte qu'avec la cocaïne. Pour obvier à cet inconvénient, on instille d'abord, dans le cul de sac conjonctival, une goutte de solution à 1 pour 100 et, 3 minutes après, une goutte de solution à 2 pour 100 ; 2° l'anesthésie commence par la sensibilité tactile, et ne s'étend à la sensibilité thermique que quelques instants après ; 3° la durée de l'anesthésie est de 10 à 18 minutes : elle s'accompagne d'hypérémie conjonctivale avec hypersécrétion lacrymale; 4° on n'observe jamais ni mydriase, ni trouble de l'épithélium cornéen, que l'auteur explique, dans l'œil cocaïnisé, par un dessèchement des couches superficielles de l'épithélium de la cornée.

La valeur thérapeutique de l'eucaïne, en tant que succédané de la cocaïne, ressort également d'un travail de M. Reichert, relatif à l'emploi de l'eucaïne dans les affections du larynx et du nez. Avec des doses médicamenteuses d'eucaïne, M. Reichert a obtenu les mêmes effets qu'avec la cocaïne et il a, en outre, constaté que, contrairement à la cocaïne, l'eucaïne n'exerce aucun effet sur le cœur. Cette absence de toute action sur le cœur, qui constitue l'inconvénient principal de la cocaïne, a été également notée par M. Warnekros et par M. Kiesel [2] dans leurs recherches sur l'emploi de l'eucaïne dans l'art dentaire. D'après M. Kiesel, cette action fait encore défaut quand on va jusqu'à injecter 2 grammes d'eucaïne en solution à 6 ou 15 pour 100. Disons enfin que M. Saalfeld [3] a utilisé avec succès l'eucaïne sous forme de pommade dans les dermatoses douloureuses, et en solution, pour les injections uréthrales. Dans les deux cas, l'action calmante de l'eucaïne ne cédait en rien à celle de la cocaïne.

Dernier avantage de l'eucaïne : ses solutions se conservent et peuvent être stérilisées sans s'altérer. Enfin, le prix de l'eucaïne est inférieur à celui de la cocaïne.

1. *Deutsch. medizin. Zeitung*, 1896, n° 34.

1. Société de Biologie, séance du 30 mai 1896.
2. *Zahnärtzl. Rundschau*, 1896, n° 196.
3. Société d'Hufeland de Berlin, séance du 16 avril 1896.

BIBLIOGRAPHIE

Armand Gautier. — *Les toxines microbiennes et animales*, 1 vol. gr. in-8, de 620 pages, avec 20 fig. Prix : 15 fr. (Société d'éditions scientifiques).

Puech et Fromaget. — *Eléments d'ophtalmologie journalière*, 1 vol. in-12, de 246 pages. (Société d'éditions scientifiques).

Marcel Sée. — *Le Gonocoque*, 1 vol. gr. in-8, de 360 pages. Prix : 10 fr. (Félix Alcan, éditeur).

Brocq et Jacquet. — *Précis élémentaire de Dermatologie*, IVe volume : Dermatoses d'origine nerveuse. Formulaire. 1 vol., petit in-8 de l'Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire. Prix : 2 fr. 50 (Masson et Cie, éditeurs).

Edward Ehlers. — *L'Ergotisme*, 1 vol. petit in-8 de l'Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire. Prix 2 fr. 50. (Masson et Cie, éditeurs).

J. Dallemagne. — *Les nouvelles théories de la criminalité*, 1 vol. petit in-8 de l'Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire. Prix : 2 fr. 50. (Masson et Cie, éditeurs).

L'Éditeur-Gérant : Georges Carré.

Paris. — Imprimerie L. Marethieux, 1, rue Cassette.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment
4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.
LA MIEUX TOLEREE des PRÉPARATIONS CREOSOTEES

Anticatarrhale et **Antiseptique,** elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante,** elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

LANOLINE LIEBREICH

Seule Graisse { *Se combinant avec l'eau ; Ne rancissant jamais ; Absolument aseptique et stérile.*

LANOLINE
MARQUE DÉPOSÉE

SE TROUVE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS.

Airol

Marque "GRIFFON"

Antiseptique interne et externe
a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique et est inodore
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES*

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vita
de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER { 1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULE; 3° SOL. INJECTABLE 4° SIROP; } Indiqué dans: *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES, etc.*

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS
L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

CAPSULES VIDES
LE HUBY
Enveloppes Gélatineuses

Pour prendre sans dégoût
tous Médicaments en Poudre d'odeur
ou de saveur désagréables.

TAFFETAS VULNÉRAIRE
MARINIER
Epiderme factice

Bien Supérieur par sa Souplesse
et sa Transparence
aux Taffetas Anglais et autres.
Exiger la Marque : Le Perdriel-Marinier.

LE PERDRIEL et Cie, PARIS

CRÉOSOTAL HEYDEN

Contenant **92 0/0** de Créosote de Hêtre pure et **8 0/0** d'Acide carbonique

Seul moyen d'administrer la Créosote de Hêtre à hautes doses sans fatiguer l'estomac, 2 à 3 cuillerées à café par jour.

CACHET DE GARANTIE HH

EXIGER LE CACHET DE GARANTIE " HEYDEN "

AVIS. — C'est la première et seule préparation qui ait été expérimentée dans les hôpitaux et qui ait donné des résultats très satisfaisants pour la guérison de la **TUBERCULOSE.**

VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

DRAGÉES DE DUROZIEZ
AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une a deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON
Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.